

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

THÈSE

N°

116

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Pierre CASSAN

né à Lacapelle-Marival (Lot), le 17 mai 1900.

Cardiopathies et Gestation

Statistique de la Maternité de Lariboisière

Président : M. COUVELAIRE, professeur.



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE ET C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—
1926



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

THÈSE

N° —

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Pierre CASSAN

né à Lacapelle-Marival (Lot), le 17 mai 1900.

Cardiopathies et Gestation

Statistique de la Maternité de Lariboisière

Président : M. COUVELAIRE, professeur.



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE ET C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—
1926

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Anatomie médico-chirurgicale	NICOLAS
Physiologie	CUNÉO
Physique médicale	ROGER
Chimie organique et chimie générale	STROHL
Bactériologie	DESGREZ
Parasitologie et histoire naturelle médicale	N...
Pathologie et thérapeutique générales	BRUMPT
Pathologie médicale	Marcel LABBÉ
Pathologie chirurgicale	SICARD
Anatomie pathologique	LECÈNE
Histologie	ROUSSY
Pharmacologie et matière médicale	PRENANT
Thérapeutique	N...
Hygiène	CARNOT
Médecine légale	Léon BERNARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD
Pathologie expérimentale et comparée	MÉNÉTRIÉR
	N...
Clinique médicale	GILBERT
	BEZANÇON
	ACHARD
	WIDAL
	MARFAN
	NOBÉCOURT
Hygiène et clinique de la première enfance	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE
Clinique des maladies du système nerveux	JEANSELME
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN
	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale	HARTMANN
	LEJARS
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	LEGUEU
	COUVELAIRE
Clinique d'accouchements	BRINDEAU
	JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	Pathologie médicale.
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhin-laryngologie.
LEMIERRE	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHET Fils	Physiologie.
TANON	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.
RETTERRER	Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.

AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LEREBOULLET	Clinique médicale infantile.
LÉRY	Clinique médicale.
LOEPER	Clinique médicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
RATHERY	Clinique médicale.
SCHWARTZ	Clinique médicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

MAUCLAIRE, agrégé.....	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leur auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE, A MA MÈRE

*Dont la sollicitude toujours vigilante a écarté
de nous tout souci ou chagrin. Qu'ils trou-
vent ici le témoignage de notre attachement
et la preuve de notre grande affection.*

A MA FAMILLE

A MES CAMARADES ET AMIS

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE TOULOUSE

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE PARIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

*En respectueux hommage pour l'honneur qu'il
a bien voulu nous faire.*

A NOTRE MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE

Accoucheur de Lariboisière

*Notre initiateur en obstétrique, auquel va toute
notre reconnaissance pour son enseignement
clinique et pour la bienveillante attention
avec laquelle il a guidé ce travail.*

INTRODUCTION

Il en est des lois médicales comme des lois sociales : elles trouvent toujours des censeurs disposés à les discuter, à les reviser. Une de celles qui devait, par sa forme brutale et concise, stimuler l'ardeur des cliniciens est cette fameuse loi de Peter : « Fille, pas de mariage ; femme, pas d'enfant ; mère, pas d'allaitement. » C'est un véritable cas de conscience pour le praticien de condamner à cette infirmité sociale la jeune fille atteinte de lésions cardiaques. Aussi, depuis les cinquante dernières années, les travaux ont-ils été nombreux sur cette question.

Contradictaires parfois au début, il ont tout de même fini par faire rapporter la sévérité de l'aphorisme de Peter. Malgré cela, des accidents dramatiques qui éclatent parfois dans les maternités remettent toujours la question à l'étude. Dans le travail que nous présentons, qui est une statistique faite à la Maternité de Lariboisière, sous la direction de notre maître M. le Docteur Devraigne, nous avons

voulu simplement montrer le pourcentage de maladies de cœur en ce service et en tirer quelques indications précises sur la conduite à tenir et la thérapeutique à employer suivant les lésions que présente la parturiente.

Bien que cette étude vise avant tout à être clinique, il nous a paru nécessaire de faire un court historique de la question, car il est toujours utile de connaître les travaux de nos devanciers, ne serait-ce que pour suivre l'évolution des idées.

Dans un deuxième chapitre, nous présenterons les observations du service classées suivant les lésions.

Dans un troisième, nous relèverons les opérations obstétricales qu'auront nécessitées les événements, véritable bilan de la dystocie observée dans une grande maternité parisienne du fait des cardiopathies.

Enfin, et ce sera notre conclusion, nous ferons ressortir les avantages des différentes méthodes suivies, heureux si notre bien modeste travail peut être de quelque utilité à nos successeurs.

HISTORIQUE

C'est en 1869 que Peter, effrayé par les accidents terrifiants qu'il avait observés chez deux de ses malades, lança son aphorisme resté célèbre. Telle était la puissance de persuasion d'un tel maître que presque tous les médecins français, et de nombreux étrangers, se rangèrent à sa manière de voir. Cela nous valut quelques statistiques lugubres : rappelons-en quelques-unes :

Mac Donald	rapporte	28 cas,	mortalité	60 %
Wessner	—	77 cas,	—	49 %
Lubninsky	—	71 cas,	—	71 %

Cela paraissait donner raison à Peter. Mais le jugement était trop sommaire, s'adressait uniquement à quelques cas graves, non à l'ensemble des cardiopathies. La réaction ne devait pas tarder à se faire. Le premier, Porak fait amende honorable. En collaboration avec Guéniot et revenant sur les opinions soutenues dans sa thèse d'agrégation, il communique

en 1880 des observations de cardiaques ayant mené leur grossesse à terme sans accidents. Ce fut le début d'une ère nouvelle.

En 1893, Vinay, rapportant 29 observations de grossesse chez des cardiaques, ne mentionne que 4 accidents fâcheux. Demelin, communiquant une statistique faite à Tarnier, de 1889 à 1886, trouve 60 cardiaques et n'a que 2 morts, soit 3 %. En 1905, Pouliot, faisant le même travail dans le service de Champetier de Ribes, rapporte 68 cas de cardiopathies et 5 accidents dont 2 mortels.

Un travail tout récent est la communication de M. le Professeur Couvelaire à la Société d'Obstétrique de Bruxelles (1925). Sur 102 observations de femmes gravides porteuses de lésions diverses : insuffisance mitrale, rétrécissement mitral ou maladie mitrale, cet auteur constate que dans 24 % des cas tout a été normal ; dans 48 %, il y a eu des troubles légers et passagers (phénomènes dyspnéiques), ayant cédé au repos, au régime lacto-végétarien et fonctionnement régulier du tube digestif. Dans 28 % des cas seulement, on a observé de la congestion œdémateuse du poulmon, quelques crachats hémoptoïques. La saignée a enrayé les accidents, sauf dans deux cas où une évacuation rapide de l'utérus a été nécessaires.

Nous sommes donc loin du pronostic pessimiste de Peter. Mais, si les cas graves sont rares, ils n'en restent pas moins dramatiques ; aussi a-t-on le droit

de se demander pourquoi telle lésion reste-t-elle latente, s'adapte-t-elle au supplément de travail demandé au cœur par la gestation, telle autre, au contraire, de même nature en apparence, amène-t-elle un brusque déséquilibre.

Certains auteurs, pensant surtout au rétrécissement mitral, qui paraît être la lésion la plus souvent observée, et la plus grave par cela même, donnent le principal rôle pathogénique aux accidents mécaniques. Le degré plus ou moins grand de sténose, une insuffisance plus ou moins marquée, en exigeant du myocarde un travail supplémentaire, seraient causes des troubles.

D'autres auteurs pensent que la cause mécanique ne pourrait à elle seule suffire à expliquer la production des phénomènes morbides. D'après eux, le pronostic n'est pas influencé par le degré, la localisation, la complexité des lésions valvulaires. Le facteur pathogénique principal des accidents gravidocardiaques serait l'intoxication. « *L'auto-intoxication gravidique, qui se manifeste surtout chez les primipares, n'épargne pas les cardiopathes, et chez celles-ci frappent le lieu de moindre résistance, c'est-à-dire qu'elle revêt une symptomatologie cardiaque au lieu d'évoluer vers l'éclampsie.* » (Devraigne, Demelin.)

Suivant Audebert et Henri Dupont, on doit distinguer, au point de vue grossesse, les deux variétés de lésions cardiaques: consécutives aux infections ou

acquises, et les lésions congénitales. Dans ces dernières, le pronostic est meilleur, car « *l'âge et la force d'adaptation fonctionnelle arrivent à compenser presque toujours, à corriger bien souvent.* » Par contre, dans les lésions acquises après une infection grave, le cœur a été touché avec d'autres organes, foie, reins, poulmons. A la faveur de la gestation, surtout de gestations répétées, la moindre infection ou intoxication pourra retentir sur ces mêmes organes, en troubler le fonctionnement normal, augmenter la tâche du myocarde lésé lui-même : c'est celui-ci qui règlera désormais le pronostic ; aussi a-t-on pu dire avec raison : « *Tant vaut le myocarde, tant vaut la gestation.* » (Bar.)

OBSERVATIONS INÉDITES

RÉTRÉCISSEMENT MITRAL

OBSERVATION I

Rhumatisme articulaire

726-1923. — D... Renée, 24 ans. Secondigeste.

Mère décédée suite de couches.

Bien réglée depuis l'âge de 15 ans.

Rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 9 ans.

Premier accouchement au forceps. Enfant pesant

3 kilogs, mort 21 jours après sa naissance. (?)

Grossesse actuelle. Rentre à la maternité le 1^{er} juillet, à 15 heures.

A l'entrée, examen du cœur : dyspnée assez marquée, cyanose légère.

Palpation : frémissement nettement perceptible.

Auscultation : roulement diastolique ; dédoublement du deuxième bruit.

A 23 heures : accouchement spontané en O. I. G. A., dégagement O. P. d'un garçon vivant pesant 3,050 gr.

23 h. 45 : délivrance naturelle complète : Placenta 400.
Tension 6-10 après accouchement.

Le 3 juillet : Rien aux poumons. Tension : 6 1/2-11.

Le 7 juillet : interdiction de l'allaitement. La femme sort en bon état, pas œdématiée, pas dyspnéique.

A cause de la nature acquise de son R. M. et du pronostic réservé posé antérieurement en dehors de l'état de gestation, on préfère suspendre l'allaitement.

OBSERVATION II

Rhumatisme articulaire

1379-1923. — W., Jeanne, 24 ans. Primigeste.

Antécédents personnels : bien réglée depuis l'âge de 11 ans ; Rhumatisme articulaire à 14 ans.

Grossesse actuelle : suivie à Lariboisière. On diagnostique un rétrécissement mitral bien compensé.

Le 21 novembre, arrive à la maternité à 9 heures, après la rupture des membranes, qui se serait faite spontanément à 7 heures. Gestation de 8 mois 1/2 environ.

Sommet O. I. D. P. — B. D. C. bons. Dilatation 50 c.

A 13 heures : dilatation complète. La femme fait quelques efforts expulsifs. L'expulsion ne pouvant se faire spontanément, et pour éviter le surmenage cardiaque, on fait une application de forceps en O P. — B. D. C. bons.

Extraction fille vivante 2.520 gr. Périnée intact. Délivrance complète. Placenta 400.

Rien dans suites de couches. Allaitement au sein.

OBSERVATION III

Rhumatisme articulaire. — Chorée.

407-1924. — G... Suzanne, 24 ans, tertigeste.

Antécédents personnels : 2 accouchements spontanés à terme. Enfants vivants (7 livres et 2 livres).

Rhumatisme articulaire à 15 ans.

Chorée jusqu'à son mariage.

Le 25 mars 1924, accouchement prématuré de 7 mois environ, d'une fille vivante, 1.200 gr. Placenta 280 gr.

Rien dans suites de couches.

Un W. fait resta négatif.

On diagnostique un R. M. — Malade dyspnéique, cyanosée. Dédoubllement du deuxième bruit. Roulement diastolique.

OBSERVATION IV

Rhumatisme articulaire. — Coqueluche

519-1925. — L... Louise, 24 ans, primigeste.

Antécédents personnels : coqueluche à 3 ans. Rhumes et bronchites fréquents.

A 18 ans, première crise de R. A. A., d'allure subaiguë, atteignant surtout les genoux et chevilles. Durée trois semaines.

A 23 ans, deuxième crise, plus sérieuse, pluri-articulaire. Durée quatre semaines.

En août 1924, en convalescence de rhumatisme, a eu quelques crachats hémoptoïques.

Pendant sa grossesse, symptômes de légère insuffisance cardiaques : les crachats hémoptoïques se répètent.

Dyspnée d'effort.

Légère toux avec expectoration minime persistante.

A l'entrée, le 12 avril, on a :

Examen cardiaque : tachycardie avec légère arythmie.

Frémissement cataire.

Souffle et roulement présystolique, avec claquement du premier bruit.

A la base, le deuxième bruit est sec, mais non dédoublé.

Il semble qu'il y ait un petit souffle d'I. M. à la pointe, avec propagation vers l'aisselle.

Pouls petit.

Du 3 au 9 avril, X gouttes digitaline par jour.

Poumons : respiration un peu rude, surtout à droite, avec quelques râles sous-crépitaux à gauche, en arrière.

Le 13 avril 1925, dyspnée, étouffement.

Crise d'œdème aigu du poumon : dyspnée intense, crachats hémoptoïques, cyanose.

On pratique une saignée de 100 gr. Morphine 1 cc.

Tout se remet en l'état.

Le 16 avril, douleurs d'expulsion. Dilatation complète. Application forceps Demelin en D. P., rotation en S, extraction d'un enfant sexe féminin pesant 3.000 gr. Après extraction, compression de l'aorte.

Délivrance naturelle : Placenta 450 gr.

Ceinture volumineuse, tampon afin d'éviter une décompression trop brutale.

Après intervention, pouls à 100 environ, régulier, bien frappé.

Du 17 au 23 avril, on donne V gouttes de digitaline par jour.

Rien dans suites de couches.

Enfant en nourrice.

OBSERVATION V

Rhumatisme articulaire. — Pneumonie

1890-1925. — F... Alice, 38 ans, primigeste.

Antécédents héréditaires : une sœur morte bacillaire.

Antécédents personnels : fatigue persistante dans enfance; palpitations, essoufflements.

A 20 ans, attaque rhumatismale, qui immobilise la malade un mois au lit. Depuis, se fatigue et s'essouffle davantage.

En 1918, pneumonie double. C'est à ce moment qu'elle apprend sa lésion cardiaque, probablement d'origine infectieuse.

Réglée à 15 ans.

Dernières règles le 17 février 1925. Souffre beaucoup de palpitations, mais continue à travailler.

Vient le 16 novembre à la maternité pour se reposer.

A l'examen : pas d'œdème (se repose depuis un mois chez elle).

Examen du cœur : frémissement cataire ; roulement diastolique ; dédoublement du deuxième bruit intermittent.

Utérus faisant 8 mois 1/2 environ.

Ventre en besace. Tête fixée, engagée.

Pédale couygiennne mobile.

Le 23 novembre, quelques douleurs. Dit avoir perdu les eaux.

A 16 h. 30, la tête apparaît à la vulve. Au bout de vingt minutes, la tête ne progresse pas ; la femme se fatiguant, application forceps Demelin à vulve sans anesthésie.

Extraction enfant vivant pesant 3,070 gr. Placenta 540 gr.

Rien dans suites de couches. Allaita son enfant.

Dans le dernier mois, la femme avait reçu un traitement à la digitaline.

OBSERVATION VI

Rougeole. — Scarlatine. — Rhumatisme articulaire

1595-1925. — M... Hélène, 37 ans, V^e geste.

Antécédents personnels : rougeole, scarlatine ; Rhumatisme articulaire aigu à 14 ans.

Deuxième crise à 17 ans : apparition de la lésion cardiaque.

Troisième crise à 25 ans : soignée à Bichat.

Quatre grossesses antérieures normales, enfants vivants, nourris au sein.

Examen du cœur : rétrécissement mitral.

Pas de règles depuis sa dernière grossesse : nourrissait son enfant.

Le 31 octobre 1925, accouchement à terme d'un garçon vivant de 3.540 gr. Placenta 650 gr. Elevé au sein.

Rien dans suite de couches.

OBSERVATION VII

299 bis-1925. — C... Juliette, 26 ans, III^e geste.

Antécédents personnels : deux accouchements antérieurs normaux. Enfants bien portants.

En 1921, opérée de grossesse extra-utérine.

Il y a un mois, diagnostic de rétrécissement mitral à Lariboisière.

Grossesse actuelle : gestation de sept mois environ.

Malade arrivant à l'hôpital ayant accouché spontanément de deux petites jumelles, dont on ne peut dire quelle est la première venue.

Elle arrive à l'hôpital dans un état cyanotique, muqueuses lingale et gingivale très colorées.

Dyspnée intense.

Pouls à 120.

On voit une expectoration spumeuse légèrement rosée aux lèvres de la malade.

Ne répond à aucune question. Tombe en état semi-syncopal.

On fait 20 cmc. huile camphrée, respiration artificielle.

Pouls devient imperceptible, incomptable.

Expectoration de plus en plus rosée.

L'utérus étant rétracté, la malade s'assoit, d'où légère amélioration.

Examen des poumons : percussion : hypersonorité.

Asucultation : nombreux râles, empêchant auscultation du cœur.

Tension artérielle 15-10.

On fait une saignée de 400 gr. environ : mieux immédiat.

Respiration de deux ballons d'oxygène.

Deuxième injection de 2 cmc. huile camphrée éthérée.

A l'auscultation : moins de râles ; la respiration tend à devenir normale.

Le lendemain matin, pouls 100, régulier, bien frappé.

A l'auscultation du cœur, aucun bruit anormal.

Deux jours après, un nouvel examen du cœur permet d'entendre un souffle présystolique de la pointe et un retentissement du premier bruit.

La palpation montre également un ressaut systolique de la pointe (vibration mitrale).

Tout rentre dans l'ordre. N'allait pas.

OBSERVATION VIII

Chorée. — Scarlatine. — Typhoïde

1911-1923. — A... Louise, 37 ans, V^e geste.

Antécédents personnels : 3 accouchements antérieurs normaux à terme ; quatrième accouchement à 8 mois. Enfants vivants.

A eu à 12 ans la typhoïde, et pendant la convalescence contracte la scarlatine.

A 4 ans, chorée.

C'est vers le quatrième mois de sa quatrième grossesse que remonte le début de sa lésion cardiaque, mais qui est bien supportée. A la fin de cette gestation (à 8 mois), contracte une broncho-pneumonie.

A nourri l'enfant sans rien ressentir.

A l'entrée, le 24 août, examen du cœur : claquement

mitral, dédoublement deuxième bruit ; roulement diastolique.

Depuis le 1^{er} août, arythmie légère.

Tension 111 1/2-7.

Examen du poumon : sub-matité aux bases ; râles sous-crépitaux base gauche.

Elle tousse depuis sept mois et crache.

Le 25 août, accouchement, au terme de 6 mois environ

1° D'une fille vivante pesant 1,100 gr. ;

2° Dix minutes après, d'un garçon pesant 1, 240 gr.

Placenta 600 gr.

On fait 10 cmc. huile camphrée après accouchement, ensuite 5 cmc. huile camphrée toutes les deux heures.

Quelques jours après, tout redevient normal.

Enfants élevés au lait de nourrice.

OBSERVATION IX

Scarlatine

1229-1923. — L... Lucienne, 23 ans, primigeste.

Scarlatine à 15 ans.

Rétrécissement mitral diagnostiqué à 17 ans.

Le 12 octobre, grossesse de 8 mois 1/2 environ.

N'a jamais présenté de phénomènes de décompensation cardiaque.

Auscultation : frémissement cataire, diastolique ; roulement diastolique prolongé ; dédoublement du deuxième bruit.

Le 19 octobre, à 23 heures, accouchement naturel à terme d'une fille vivante pesant 3,400 gr. Placenta 500 gr.

Pendant la durée de l'expulsion, le cœur a toujours été bon.

On fait 10 cmc. huile camphrée.

La femme allaite son enfant sans fatigue et se porte bien.

OBSERVATION X

Chorée

1271-1923. — H..., 30 ans. II^e geste.

Chorée à 10 ans.

Rétrécissement mitral en 1922, à la première grossesse.

• Première grossesse à terme. Garçon vivant bien portant.

Le 31 octobre, naissance d'un garçon à terme vivant, pesant 3,400 gr. (délivrance complète pesant 600 gr.). Elevé au sein.

Rien dans suites de couches.

OBSERVATION XI

168-1924. — B... Marcelle, 30 ans, primigeste.

Rétrécissement mitral pur.

Pas. d'antécédents.

Accouchement spontané en O. F. d'une fille à terme pesant 2,580 gr. Placenta 550 gr.

Hospitalisée pendant deux mois avant accouchement.

Rien dans suites de couches.

OBSERVATION XII

1014-1924. — L... Marguerite, 33 ans, VII^e geste.
Pas d'antécédents pathologiques.

5 accouchements spontanés à terme.

1 accouchement prématuré à 7 mois.

3 enfants morts à 4 ans 1/, 2 ans 1/2 et 6 mois.

Rétrécissement mitral pur.

Grossesse actuelle : accouchement à terme d'un garçon-vivant de 3,410 gr. (placenta 560. La mère allaite.

Etat semi-syncope 2 h. 1/2 après accouchement. Tension 9 1/2-5.

Rien dans suites de couches.

OBSERVATION XIII

1035-1924. — M... Hélène, 26 ans, IV^e geste.

Rétrécissement mitral pur.

3 accouchements spontanés à terme.

Actuellement, accouchement spontané à terme d'une fille vivante pesant 3,300 gr. Placenta 650.

Elevée au sein.

OBSERVATION XIV

1109-24. — C... Juliette, 27 ans, IV^e geste.

Coqueluche et rougeole dans enfance.

Rétrécissement mitral pur.

Premier et deuxième accouchements à termes normaux.

Troisième accouchement à 7 mois. Gemellaire. Syncope après accouchement. Saignée, oxygène.

Actuellement, accouchement spontané à terme d'un garçon vivant pesant 3,650 gr. Placenta 550 gr.

Nourri par la mère.

OBSERVATION XV

Rougeole. — Scarlatine

423-1925. — L... Eugénie, 25 ans, III^e pare.

Rougeole et scarlatine dans enfance.

Congestion pulmonaire à 18 ans.

Première grossesse en 1921, à terme, fille vivante élevée au biberon.

Eclampsie deux jours après. Trois mois après, ovariectomie droite.

Deuxième grossesse, 1923, à terme. Fille vivante, élevée au sein deux mois.

Abcès du sein gauche.

Actuellement, 30 mars 1925, grossesse à terme. Admise à la salle de travail pour contractions utérines douloureuses. On note déjà de la dyspnée et on décide d'intervenir dès que la dilatation sera complète.

La cardiopathie (rétrécissement mitral), traitée à chaque grossesse par M. Clerc à Lariboisière, est nettement plus grave que dans les grossesses antérieures.

Dès le premier mois, on note dyspnée d'effort, puis syncopes fréquentes, d'une durée d'une demi-heure environ.

Le sixième mois, la malade eut quelques crachats hé-

moptoïques. C'est le seul incident pulmonaire qu'on note dans son histoire.

Pendant toute sa gestation, elle consulte régulièrement dans un service de cardiologie. A suivi à plusieurs reprises des cures de digitaline et de solubaïne.

Les 25, 26, 27 mars, on lui donne chaque jour X gouttes de digitaline au 1/1000°.

Le 30, à 8 h. 35, dilatation complète. Rupture artificielle des membranes.

Application de forceps Tarnier sans anesthésie.

Extraction d'un garçon vivant pesant 4,070 gr.

Pendant cette intervention, le cœur de la malade est rapide (120), mais régulier et bien frappé.

9 h. 25 : délivrance spontanée et complète. Placenta 530 gr.

Le 2 avril, dans l'après-midi, crise de tachycardie paroxystique, d'une durée d'environ un quart d'heure. Traitement : digibaine.

30 avril, 16 heures : nouvelle crise de tachycardië, mais moins intense.

Enfant élevé au biberon.

OBSERVATION XVI

1887-1925. — T... Germaine, VIII^e geste.

Rétrécissement mitral diagnostiqué en 1910.

Pas d'antécédents pathologiques.

Les deux premiers accouchements normaux, à terme. Enfants vivants.

Dans sa troisième grossesse, éclampsisme (?).

Naissance, d'une fille vivante de 8 livres $1/2$, élevée au biberon.

Les quatrième, cinquième, sixième accouchements sont faits à la maternité de Saint-Louis, après une hospitalisation de deux mois nécessitée par sa cardiopathie. Le septième est fait chez elle.

Grossesse actuelle : gestation suivie à Lariboisière, évoluant normalement. Urines albumineuses le 12 décembre : régime lacté ; et le 22 décembre sont normales.

Le 25 décembre, accouchement spontané à terme d'une fille vivante pesant 3,400 gr. Placenta 570 gr.

Suites de couches normales. Nourrit sa fille.

OBSERVATION XVII

2-1926. — L..., 23 ans, primigeste.

Rétrécissement mitral.

Accouchement spontané à terme d'un garçon de 3,500 gr. Placenta 500 gr.

Allaitement au sein.

OBSERVATION XVIII

Rougeole. — Diphtérie — Scarlatine, — Typhoïde

82-1926. — G... W.. Suzanne, 22 ans, primipare.

Rougeole, diphtérie, scarlatine dans enfance.

Fièvre typhoïde à 15 ans.

Ozène depuis 1914.

Rétrécissement mitral.

Gestation suivie à Lariboisière.

Le 15 novembre, la malade, se sentant très essoufflée, est admise salle Rabelais.

Crise d'hyposystolie consécutive à R. M. jusque-là bien compensé.

Traitement : digitale, cacodylate. Disparition des troubles.

Le 10 janvier, examen de M. Sophar : R. M. congénital ; troubles dystrophiques dentaires ; léger excès de liquide.

Deux Wasserman faits sont constamment négatifs.

Le 16 janvier, grossesse à terme. La femme a des douleurs.

A 5 h. 15, rupture artificielle des membranes à dilatation complète. Application du forceps Tarnier ; prise en directe.

Extraction d'une fille vivante pesant 3,200 gr.

A 6 h. 15, délivrance naturelle complète. Placenta 700 gr.

Le poulx est à 140. Légère hémorragie.

On fait 10 cmc. huile camphrée.

Suites de couches : persistance de poulx élevé ; pâleur.

Rien au poumon : Trachéite.

Le 27 janvier, la femme peut repartir en bon état.

Allaitement artificiel du nourrisson.

INSUFFISANCE MITRALE

OBSERVATION XIX

Rhumatisme articulaire

158-1923. — R... Jeanne, 29 ans, primigeste.

Rhumatisme articulaire aigu à 13 ans.

Insuffisance mitrale.

Accouchement spontané à terme d'un garçon de
3,500 gr. Placenta 500.

Pas d'accident.

OBSERVATION XX

Rhumatisme articulaire

198-1924. — B... Marcelle, II^e geste.

Le premier enfant est mort pendant l'accouchement,
qui s'est fait par le siège.

Attaque de rhumatisme articulaire à 15 ans.

Grossesse actuelle. Examen du cœur : roulement pré-
systolique ; souffle systolique.

Accouchement d'une fille vivante à terme de 3,530 gr.

Délivrance spontanée pesant 420 gr.

Pas d'accident.

Allaitement au sein maternel.

OBSERVATION XXI

Rhumatisme articulaire

358-1924. — H..., 28 ans, primigeste.

Rhumatismes à 13 ans.

A 18 ans, nouvelle crise, dure six mois.

A 19 ans, nouvelle crise de deux mois.

Insuffisance mitrale diagnostiquée à cette époque.

A 22 ans, hémoptysies.

Accouchement prématuré le 16 mars (7 mois 1/2 environ) d'un garçon vivant pesant 1,810 gr. Placenta 240.

Le 30 avril, tension 14.5-10

Essoufflement, toux. Allaitement au sein supprimé.

Poumons : râles de congestion aux bases.

Radio : cœur en sabot, oreillette gauche légèrement dilatée.

On donne : digitaline 1/1000°, VI gouttes par jour pendant cinq jours ; solubaïne, X gouttes pendant les trois jours suivants ; Théobromine, 1 gr. les dix jours suivants + une cuillerée à café d'iodure de fer. Traitement pendant trois mois

OBSERVATION XXII \

Scarlatine. — Rhumatisme scarlatin

677-1924. — T... Rose, 23 ans, primigeste.

Scarlatine et rhumatisme scarlatin à 13 ans ; à cette époque, insuffisance mitrale.

Luxation congénitale de la hanche droite.

Le 22 mai, extraction par forceps sur sommet en O. P. d'un garçon mort-né pesant 2,630 gr. Placenta 400.

Pas d'accident par la suite.

OBSERVATION XXIII

Rhumatisme articulaire

1332-1925. — E... Marie, primipare, 31 ans.

Réglée à 16 ans, régulièrement, mais menstrues très

abondantes jusqu'à 20 ans. Actuellement, durée trois jours, assez douloureuses.

Rhumatisme articulaire à 17 ans.

Pleurésie.

Insuffisance mitrale diagnostiquée à cette époque.

Salpingite il y a trois ans, après fausse-couche (1921).

Grossesse actuelle : près du terme.

15 septembre : hospitalisée pour pyclonéphrite : pus abondant. Nombreuses bactéries dans les urines.

Le 20, la femme a des douleurs. Comme elle se fatigue, forceps Tarnier à dilatation complète. Extraction d'une fille vivante de 2,670 gr. Placenta 550 gr.

Pas d'accident par la suite.

La mère nourrit.

OBSERVATION XXIV

Rhumatisme articulaire

1841-1925. — S..., 29 ans. IV^e geste.

Rhumatisme articulaire ayant laissé une endocardite à prédominance d'insuffisance mitrale.

Les trois premières grossesses ont été normales. Enfants nourris au sein.

En 1924, lors de sa troisième grossesse, a présenté des troubles cardiaques consistant en dyspnée, cyanose. Accouchement normal.

Traitée depuis quinze mois chez le Docteur Clerc. Traitement habituel.

Prévenue du danger d'une nouvelle grossesse. Depuis

quelque temps, paraît souffrir davantage : douleurs précordiales, essoufflement.

Examen du cœur : malade pâle, sans anémie des conjonctives ; ébauche de thrill dans région mésocardiaque.

Percussion : matité cardiaque augmentée en tous sens ;

Parcussion douloureuse en arrière au niveau épine-omoplate gauche (point douloureux auriculaire).

Auscultation : à la pointe, roulement diastolique ; souffle diastolique (rude râpeux). A la base, dédoublement fruste du deuxième bruit. En arrière, souffle d'insuffisance mitrale perçu au niveau point auriculaire postérieur.

Tension : 12-6.

Le 18 décembre, grossesse de 4 mois environ. Contractions utérines douloureuses. Membranes rompues.

A 17 heures, dilatation 1 franc. On fait 1/2 cmc. de rétropituitine.

20 h. 15 : expulsion d'un œuf complet pesant 480 gr.

Avortement de 4 mois environ.

OBSERVATION XXV

Syphilis

602-1923. — S... Céline, 30 ans, VI^e geste.

Rougeole dans enfance.

Syphilis. Il y a douze ou treize ans, lésion chancriforme au tiers inférieur de la lèvre droite. Fut soignée à Saint-Louis pendant trois semaines. A subi durant cette période deux injections de Salvarsan à huit jours d'intervalle.

Un an et demi après ce traitement, grossesse avec ac-

couchement prématuré à 7 mois, enfant vivant, mais qui a succombé cinq jours après accouchement.

Elle eut en tout cinq grossesses, toutes prématurées ou avortées.

Grossesse actuelle : trace de chancre à la fèvre droite.

Ebauche leucoplastique à la commissure buccale gauche. Leucomélanodermie cervicale.

Wasserman très positif.

Examen du cœur : souffle systolique à la pointe d'insuffisance mitrale. Toujours bien compensée.

Le 23 juin, accouchement prématuré, à 7 mois $1/2$, d'un fœtus mort et macéré du sexe masculin pesant 1,750 gr.

Délivrance naturelle chair à saucisse pesant 670 gr.

OBSERVATION XXVI

Grippe

1287-1923. — R... Yvonne, 20 ans, primipare.

Grippe en 1919, qui laisse après elle une insuffisance mitrale.

Au début du troisième mois, la malade a présenté des phénomènes de non-compensation avec dyspnée et palpitations.

La femme se repose. Régime lacto-végétarien.

Examen du cœur à l'entrée : pointe dans les sixième espace. Très abaissée ; frémissement systolique.

Auscultation : gros souffle systolique à la pointe, se propageant jusque dans le dos, où il est bien perçu.

Tension : 11-8. Pouls à 120, régulier.

Pas d'œdème. Pas de gros foie. Respiration normale.

Diagnostic de M.^k Clère : insuffisance mitrale avec hypertrophie modérée du ventricule gauche.

Le 3 novembre, accouchement spontané à terme d'une fille vivante pesant 3,150 gr. Délivrance 450 gr.

Une petite syncope deux heures après la délivrance. 10 cmc. huile camphrée. Digitaline V gouttes par jour pendant cinq jours.

La femme sort en parfaite santé.

OBSERVATION XXVII

145-1924. — F... Hélène, primipare, 30 ans.

Pas d'antécédents.

A l'examen du cœur : petit souffle systolique se propageant à la pointe. Jamais de décompensation.

Accouchement spontané d'un garçon de 3,860 gr. Placenta 680 gr.

Allaitement au sein maternel.

OBSERVATION XXVIII

948-1924. — D... Julienne, 26 ans, primipare.

Insuffisance mitrale sans antécédents infectieux.

Le 18 juin, arrivée au terme d'une grossesse gemellaire bi-vitelline. Travail long.

Cranioclasie sur premier enfant pour non descente de la tête due à la présence de la deuxième tête en D. S.

Deuxième accouchement spontané, enfant vivant pesant 2,430 gr. Placenta 520.

Pas d'accidents.

Nourri au sein de la mère.

OBSERVATION XXIX

1599-1924. — F... Georgette, 37 ans, III^e geste.

Dit n'avoir jamais été malade.

Première grossesse en 1916 ; accouchement spontané à terme. Garçon de 3,500 gr.

Deuxième grossesse en 1923. Enfant pesant 4,570 gr. Forceps. Incision unilatérale du col pour œdème. Au débit de cette grossesse, palpitations et vomissements. Ces troubles ont cessé avec la gestation, pour reprendre à la grossesse actuelle, mais moins accusés.

Entre à Lariboisière le 25 novembre, parce qu'elle avait eu chez elle une syncope. Grossesse à terme.

L'auscultation révèle un souffle systolique d'I. M.

Pas de troubles du rythme.

Le 28, application du forceps Tarnier sous chloroforme, en drôte transverse dans la partie moyenne de l'excavation, pour bruits du cœur modifiés (80).

Liquide fortement teinté de méconium.

Latérocidence du cordon. Circulaire lâche.

Extraction d'une fille en état de mort apparente, ranimée après dix minutes de soins. Poids 3,480 gr. Placenta 480 gr.

Insertion basse du placenta. Insertion en raquette du cordon.

Rien dans suites de couches.

Enfant élevé en nourrice.

OBSERVATION XXX

1650-1924. — B... Marceline, 19 ans, primipare.

Pas d'antécédents. Insuffisance mitrale. Grossesse normale.

A 8 mois 1/2 environ, douleurs d'expulsion.

Application forceps Tarnier en droite transverse, parce que la femme se fatigue.

Extraction d'un garçon vivant pesant 2,800 gr. Placenta 550 gr.

La mère nourrit.

OBSERVATION XXXI

626-1925. — D..., 21 ans, primipare.

Pas d'antécédents.

Pendant sa grossesse, surtout vers le quatrième mois, essoufflement, dyspnée d'effort.

A l'examen du cœur, on trouve un souffle d'insuffisance mitrale.

A terme, application de forceps Tarnier en O. P. pour fatigue du travail. Extraction immédiate d'un garçon vivant de 3,450 gr. Placenta 600 gr.

Allaitement au sein sans fatigue.

OBSERVATION XXXII

707-1925. — P... Juliette, 29 ans, VIII^e geste.

La malade dit n'avoir jamais été malade.

Les sept grossesses antérieures ont toutes été normales.

A l'examen du cœur : pointe abaissée ; souffle systolique à la pointe.

Accouchement à terme avec application forceps Tarnier sur sommet en G. A. Extraction d'un garçon vivant pesant 3,830 gr. Placenta 610 gr.

Allaitement maternel.

MALADIES MITRALES

OBSERVATION XXXIII

Rhumatisme articulaire

46-1923. — C... Charlotte, 19 ans, primipare.

Rhumatisme articulaire à 15 ans. Soignée au salycilate.

Depuis cette époque, maladie mitrale, soignée il y a deux ans dans un service de cardiologie.

Accouchement spontané, près du terme, d'une fille vivante pesant 2.850 gr. Placenta 450 gr.

La mère nourrit sa fille.

OBSERVATION XXXIV

Rougeole. — Scarlatine

420-192... — G...Hélène, 27 ans, primipare.

Rougeole, scarlatine dans la première enfance.

Attaque de rhumatisme articulaire à 20 ans.

Se plaint d'essoufflements, de palpitations, qui augmentent avec l'âge de sa grossesse.

Examen du cœur : souffle systolique à la pointe : doublement du deuxième bruit.

Accouchement spontané d'un garçon vivant de 2.870 grammes. Placenta 400 gr.

Allaitement maternel.

INSUFFISANCE AORTIQUE

OBSERVATION XXXV

Diphtérie. — Rougeole

749-1923. — S... Henriette, 20 ans, primipare.

Diphtérie à 13 mois.

Varicelle. Rougeole.

A été, en 1921, à Tenon pour insuffisance aortique.

Reprend le service à terme, le 6 juillet 1923.

Examen à l'entrée : bassin rétréci ; promontô sous-pubien 10,5.

Cœur : souffle systolique à la base. *Hérédospécifique?*

Le 7 juillet, à 14 heures, rupture spontanée des membranes ; liquide teinté de méconium. Accouchement spontané sommet O. I. G. A. ; dégagement en O. P. d'une fille née en état de mort apparente (forme blanche), ranimée après 25 minutes de soins. Poids 2,670 gr. Placenta 830 gr.

Elle nourrit, et il n'y a rien de spécial du côté du cœur.

INSUFFISANCE ET RÉTRÉCISSEMENT AORTIQUES

OBSERVATION XXXVI

Croup. — Rougeole. — Coqueluche

Rhumatisme articulaire

158-1923. — R..., 24 ans, primipare.

Un frère et une sœur cardiaques. Deux autres bien portants.

Croup, bronchite, coqueluche, rougeole, entre 3 et 4 ans.

Abcès, à 18 ans, au niveau de l'ombilic.

Maladie de cœur depuis 9 ans, à la suite de rhumatisme articulaire.

Péricardite. A 13 ans, endocardite à la suite d'une nouvelle crise de rhumatisme. A 18 ans, troisième crise nécessitant son hospitalisation à Bichat.

Congestion pulmonaire en 1920.

Hospitalisée à Lariboisière, dans un service de cardiologie, depuis le 12 janvier 1923. Rentre à la maternité le 3 février 1923.

Examen du cœur : irrégulier ; extra-systoles fréquentes ; double souffle aortique.

Pas de signes nets de décompensation.

Le 5 février 1923, dilatation complète à 10 heures.

A 23 heures, accouchement spontané à terme en O. I. G. A. Dégagement O. P. d'un garçon vivant pesant 3,300 gr. Placenta 500 gr.

Allaitement artificiel.

RÉTRÉCISSEMENT ET INSUFFISANCE AORTIQUE

OBSERVATION XXXVII

Rougeole. — Scarlatine. — Rhumatisme articulaire

959-1923. — L... Andrée, 27 ans, primigeste.

Rougeole, scarlatine, bronchite dans enfance.

A 19 ans, rhumatisme articulaire aigu. A ce moment, albumine.

Le cœur a été très touché. Depuis : essoufflement, dyspnée.

Examen du cœur : double souffle au foyer aortique.

Tension : 9,5-6.

Accouchement spontané à terme d'une fille pesant 2,930 gr. Placenta 440 gr. Insertion en raquette du placenta.

La mère nourrit sans fatigue.

INSUFFISANCE AORTIQUE ET RETRECISSEMENT

MITRAL

OBSERVATION XXXVIII

Rhumatisme articulaire

876-1923. — M... Marthe, III^e geste.

Rhumatisme articulaire aigu dans enfance.

Premier accouchement en 1917 ; durée 12 heures, enfant de 4,000 gr. vivant.

Deuxième accouchement en 1921, moins long ; enfant de 3,000 gr. vivant.

Avant chacun de ces accouchements, a été soignée à la digitaline et à la spartéine.

Au début de la grossesse actuelle, vomissements, étouffements. A continué malgré cela un travail de manœuvre assez pénible.

Dyspnée nocturne.

Au sixième mois, hospitalisée. Examen à son entrée :

C'est une aortique, une insuffisante : souffle diastolique à maximum à gauche du sternum. Mais il y a un roulement à la pointe. La radio montre une légère dilatation de l'oreillette qui indique le roulement de la pointe.

Pendant un mois, crises d'étouffement et palpitations, chaque nuit, obligeant la malade à se lever.

Cures successives de digitaline et spartéine.

Le 3 août, accouchement spontané à terme d'une fille vivante pesant 3,250 gr. Placenta 630 gr.

Allaitement artificiel.

RÉTRÉCISSEMENT AORTIQUE ET INSUFFISANCE
MITRALE

OBSERVATION XXXIX

Rougeole. — Chorée

L. Germaine, 25 ans, primigeste.

A eu trois fois la rougeole. Congestion pulmonaire.

Chorée à 12 ans : durée six mois. Traitement : douches.

Nouvelle attaque en 1922 : durée six mois. Anémie.

En 1922, palpitations.

Douleurs dans région mésocardiaque. Endocardite.

Depuis, érethisme cardiaque déclenché facilement (contrariété, émotions).

Dyspnée marquée à l'effort.

Cicatrice d'incision ganglionnaire tuberculeuse à la face latérale gauche du cou.

Amélioration de son agitation nerveuse depuis sa grossesse.

Grossesse suivie à Lariboisière.

Examen : pointe soulève les téguments à chaque diastole à deux travers de doigt au-dessus du mamelon.

A la palpation : ébauche de frémissement cataire.

Auscultation : 1° à la pointe, souffle diastolique rude, propagation à l'aisselle ; 2° base (foyer aortique) : souffle systolique, propagation le long du bord droit du sternum.

Tension au Vaquez : 10-6.

Accouchement spontané à terme d'un garçon de 3,050 gr. Délivrance complète 430 gr.

Durée totale du travail, neuf heures. Marche normale. Légère sensation d'étouffement. Pas d'accident.

Allaitement supprimé pour fatigue.

CARDIOPATHIES DIVERSES SANS LÉSIONS
VALVULAIRES

OBSERVATION XL

Scarlatine. — Myocardite

1857-1923. — MM. Marie-Anne, 48 ans, X^e geste.

Scarlatine à 13 ans.

Bronchite chronique depuis 13 ans.

Première grossesse en 1906 : garçon prématuré (7 mois) vivant, élevé au biberon.

Deuxième grossesse en 1907 : à terme, forceps sur sommet ; fille vivante, élevée au sein

Troisième grossesse en 1908 : à terme, siège, garçon mort pendant accouchement ; hémorragie de la délivrance.

Quatrième grossesse en 1909 : à terme, garçon vivant, nourri au sein.

Cinquième grossesse en 1910 : à terme, mort quelques jours avant accouchement ; hémorragie de la délivrance.

Sixième grossesse en 1911 : à terme ; fille vivante, nourrie au sein ; phlébite après accouchement, durée 3 mois 1/2.

Septième grossesse en 1912 : F. C. de 6 semaines.

Huitième grossesse en 1914 : à terme ; fille vivante.

Neuvième grossesse en 1920 : à terme, fille vivante ; albumine dans urine après accouchement.

Grossesse actuelle : 10 cc. R. R. 10-15 mars 1925. Quelques vomissements aqueux et bilieux le matin au réveil. Pas de vomissements alimentaires pendant le premier mois. L'évolution paraît normale jusqu'au 17 septembre 1925, date à laquelle la femme vient consulter pour :

Céphalée légère, arythmie ; douleurs légères dans les deux jambes ; œdème bilatéral des membres inférieurs.

Se plaint également de crises de dyspnée nocturne, survenant de 2 à 3 heures du matin, ressemblant aux crises d'asthme.

Albuminurie : régime lacté exclusif ; repos le plus possible.

Entre dans le service le 10 novembre, à 11 h. 30.

Actuellement : toux persistante avec quintes ; expectoration abondante jaunâtre ; dyspnée avec orthopnée.

Poumons : congestion des deux bases ; quelques râles bulleux disséminés dans les deux poumons, surtout aux bases.

Cœur : arythmique ; pas de souffle perçu.

Tension au Vaquez : 20-10.

Foie douloureux à la pression.

Examen du 14 novembre : albumine, 0 ; sucre, 0.

Le 17 novembre 1925 : utérus de 43 cm. Ceinture eutocique dès le début des douleurs.

20 décembre, à 22 heures : entre à la salle de travail. Dilatation 0,50.

Sommet engagé en D. P. Membranes intactes. Auscultation positive.

Le 21, à 4 h. 30, la femme donne naissance, sans aucun effort expulsif, à un garçon vivant pesant 4,700 gr.

Dégagement de la tête en O. P. facile.

Dégagement des épaules avec position de la taille, jambes en extension, malade en travers du lit.

Pas d'hémorragie après accouchement.

Ne pouvant faire délivrance naturelle par tractions et expressions, injections chaudes : après une attente de trois heures, la malade n'ayant aucune perte de sang et présentant quelques phénomènes de schock, dans la

crainte d'une hémorragie interne, on fait délivrance artificielle à 7 h. 30, pesant 900 gr., très adhérente.

Injection intra-utérine iodo-iodurée après révision.

Huile camphrée éthérée, 30 cmc.

Adrénaline, 1 cmc. Sérum, 250 gr.

Pouls, 120. 30 gouttes de natibaine par voie buccale.

Les phénomènes de schock se continuent malgré une injection intraveineuse de cardibaine, puis caféine, et le décès survient à 8 heures.

SYNCOPEs

OBSERVATION XLI

Rougeole

622-1923. — L... Marthe, 35 ans, II^e geste.

Père décédé de cardiopathie. (P)

Rougeole dans enfance.

Première grossesse en 1910. Accouchement normal.
Enfant vivant.

Grossesse actuelle : consulte à Lariboisière durant sa gestation. Aurait eu, pendant le huitième mois et le début du neuvième, deux ou trois syncopes.

A l'examen du cœur par M. Clerc, on trouve un souffle anorganique de la base. Radio normale. Tension légèrement abaissée.

Accouchement spontané. Présentation de la face : fille vivante pesant 3,050 gr. Placenta 500 gr.

Allaitement facile.

OBSERVATION XLII

*Basedown. — Syphilis. — Eréthisme cardiaque
Rhumatisme articulaire*

890-1923. — D..., 23 ans, primipare.

Réglée à 15 ans ; irrégulières, douloureuses.

En 1917, rhumatisme articulaire aigu avec fièvre, ictère, hémorragies gingivales.

Gestation actuelle : 5 mois $1/2$ environ. Beaucoup de troubles au début (dégoûts, douleurs mammaires, palpitations, irritabilité).

Examen : femme qui se présente avec l'apparence de bonne santé. Ce qui frappe dans son visage, c'est l'exophtalmie, qui aurait augmenté depuis le début de la gestation.

Pas d'hypertrophie ni d'hyperesthésie de la glande.

Tachycardie marquée. La malade sent ses irrégularités du rythme.

Bouffées de chaleur. Danse des artères au niveau de la base du cou.

Le tremblement n'est pas généralisé, mais existe au niveau des doigts dans l'extension de la main.

Comme signes secondaires on trouve : crampes, céphalée, insomnie.

Examen du cœur, pas de souffle orificiel, mais cœur arythmique. Rythme variable au cours de l'examen et avec le changement de position de la malade. Tension artérielle 13-8.

Enormes dilatations variqueuses au niveau des jambes et des cuisses, qui, au niveau des malléoles, semblent

constituer en certains points un véritable tissu caverneux soulevant la peau.

Le 5 mai, apparition de nombreux points de péri-phlébite, douloureux.

Le Wasserman, recherché à cause du Basedown, s'est montré franchement positif.

On commence un traitement à l'huile grise.

Le 5 août, accouchement spontané à terme d'une fille vivante pesant 3,500 gr. La femme, ayant perdu environ 600 gr. de sang, a des troubles de la vue. Pouls 100-110. On fait 15 cmc huile camphrée + 1 cmc. éther ; draps chauds. Todd. Trois heures après accouchement, délivrance artificielle pour enchatonnement du placenta dans corne droite ; hémorragies et Schock. Révision utérine suivie d'une injection de solution de Tarnier. Huile camphrée + 500 gr. sérum artificiel.

Dans les suites de couches, la femme ayant présenté des signes de fléchissement du cœur suit un traitement digitalique : XX gouttes tous les deux pouds pendant six jours. Reste dans le service jusqu'au 10 septembre, puis passe dans le service de M. Garnier et, le 20, présente : fièvre irrégulière et tuberculose probable.

Allaitement artificiel.

OBSERVATION XLIII

Erithisme cardiaque. — Bruit de galop. — Eclampsie

P... Pauline, 16 ans, primigeste.

Pas d'antécédents.

N'a pas consulté pendant sa grossesse.

A l'arrivée, femme à terme paraissant normale.

Dit être essoufflée depuis le début de sa grossesse, plus depuis deux mois.

Examen du cœur : érethisme cardiaque : bruit de galop gauche.

Tension 16-5.

Accouchée et délivrée en ville.

Vers 3 heures, quatre crises d'éclampsie de 5 à 30 minutes.

Urines : louche net ; albuminé.

Allaitement artificiel.

OBSERVATION XLIV

Arythmie. — Syncopes

1837-1923. — G., Anne, 24 ans, II^e geste.

Pas d'antécédents pathologiques.

Premier accouchement spontané à terme. Enfant vivant.

Syncopes dans les derniers jours de la gestation.

A l'examen du cœur, aucune lésion valvulaire décelée.

Pouls toujours arythmique.

Le 12 novembre, rupture spontanée des membranes. Liquide normal.

Quinze minutes après, syncope, pouls arythmique. On fait 10 cmc. huile camphrée.

A dilatation complète, de nouveau sensation de malaise.

Accouchement d'un garçon de 4.010 gr. Placenta 700.

Au cours de l'accouchement, petites syncopes.

Rien dans suites de couchés.

Allaitement au sein sans fatigue.

OBSERVATION XLV

Tachycardie sans lésion valvulaire

590-1923. — S... Yvonne, 20 ans, primipare.

Pas d'antécédents.

Se plaint depuis deux mois de crises de tachycardie se renouvelant parfois plusieurs fois dans la même journée. Le début fut brusque. Ces accès durent de vingt minutes à deux heures parfois.

Diagnostic obstétrical : grossesse gemellaire.

Examen à l'entrée : tachycardie 100 ; pas de souffle ; tension 12-6 1/2

Accouchement prématuré, à 6 mois 1/2 environ, de deux jumeaux : 1° fille vivante pesant 1,130 gr., décédée 2 h. 30 après ; 2° garçon vivant de 1,450 gr. ; décédé une heure après.

Rétention partielle de caduque : 60 cmc. sérum anti-strepto.

Le lendemain, révision utérine. On retire quelques débris. Rien par la suite.

ÉTUDE DES OBSERVATIONS

Nous avons donc relevé 45 observations de cardiaques dans la série de près de 6,000 accouchements faits à Lariboisière depuis 1922. Nous pouvons les décomposer de la façon suivante :

- 18 rétrécissements mitraux.
- 14 insuffisances mitrales.
- 2 maladies mitrales.
- 1 insuffisance aortique.
- 2 insuffisance et rétrécissement aortiques associés.
- 2 mitro-aortique.
- 6 cardiopathies sans lésions valvulaires.

Ce qui à première vue frappe notre attention, c'est la prédominance très nette des lésions mitrales. Nous restons donc dans la conception classique qui laisse aux femmes l'apanage de ces cardiopathies, et c'est par elle que nous commencerons notre étude.

Rétrécissement mitral

Parmi ces malades, nous avons relevé :

- 7 primipares.
- 2 secundipares.
- 3 tertipares.
- 2 quadripares.

2 quintipares.

1 septipare.

1 octipare.

Dans les antécédents, nous trouvons, seuls ou associés :

6 fois le rhumatisme articulaire (obs. I, II, III, IV, V, VI).

4 — la scarlatine (obs. VIII, IX, XV, XVIII).

3 — la chorée (obs. III, VIII, X).

2 — la typhoïde (obs. VIII, XVIII).

1 — la diphtérie (obs. XVIII).

6 — aucun antécédent infectieux n'était décelable (obs. VII, XI, XII, XIII, XVI, XVII).

Comment se sont comportées ces femmes durant leur grossesse ?

Dans 11 cas, aucun événement notable. La lésion bien compensée a permis un accouchement sans histoire.

Mais nous avons observé 7 accidents ou incidents survenus cinq fois chez des malades ayant présenté des antécédents infectieux, et seulement deux fois chez des parturientes saines. Sur ces cas, 3 seulement ont présenté une certaine gravité. Ils se sont montrés chez deux primipares à antécédents pathologiques et chez une troisième pare sans histoire, mais gémellaire, qui a dû faire de la décompression brusque. Pour plus de clarté, nous remémorons ces observations en un tableau :

Phénomènes observés	Numéro des observ.	Antécédents	Nombre de gestat.	Grossesses antérieures	Date accouchement actuel	Remarques diverses
<i>Troubles légers</i>	I	Rhumatisme articulaire	2	Normale	A terme	Enfant vivant, Rien dans suites de couches
<i>Dyspnée</i>		Typhoïde			Accouch. prém.	Enfants vivants
<i>Cyanose légère</i>	VIII	Scarlatine	5	normales	de 6 m. 1/2 env.	Les 4 autres bien portants
		Chorée			Gemellaire	Nourris au sein
<i>Syncopes après accouchement</i>	XII	Rien	7	normales	A terme	Enfant vivant
	XIV	Rougeole Coqueluche	4	Syncopes après 3° acc.	Pas d'accident A terme	Enfant vivant
<i>Œdème aigu</i>	IV	Rhumatisme articulaire	1		A terme	Forceps
<i>du poulmon</i>	VII	Rien	3	normales	A terme	Gemellaire ayant accouché accouché en ville
<i>Hyposystolie</i>	XVIII	Rougeole Scarlatine Typhoïde	1		Forceps	Hémorragie de la délivrance

Insuffisances mitrales

Sur les 14 observations présentées, nous relevons :

- 9 primipares.
- 1 secondipare.
- 1 tertipare.
- 1 quadripare.
- 1 sextipare.
- 1 octipare.

Dans les antécédents, nous retrouvons seuls ou associés :

- 7 fois le rhumatisme articulaire (obs. XIX, XX, XXI, XXII, XXIII, XXIV, XXV).
- 1 — la grippe (obs. XXVI).
- 1 — la scarlatine (obs. XXII).
- 1 — la rougeole (obs. XXV).
- 6 — les antécédents pathologiques étaient nuls.

Quel tribut ont payé ces femmes à leur cardiopathie ?

Dans 0 cas, rien ne s'est produit. Nous relevons en tout 4 accidents légers, dont 3 chez des primipares à antécédents infectieux et chez une tertipare, et 1 accident grave chez une quadrigeste ayant déjà présenté des phénomènes de non compensation lors de sa troisième grossesse. Comme précédemment, nous allons représenter ici ces cas sous forme de tableau :

Phénomènes observés	Numéro des observ.	Antécédents	Nombre de gestal.	Grossesses antérieures	Date accouchement actuel	Remarques diverses
<i>Troubles légers</i>						
	XXI	Rhumatisme articulaire	1	0	Prématuré 7 mois 1/2 env.	Allaitement suspendu en raison de l'essoufflement et toux
	XXIII	Rhumatisme articulaire	1		A terme	Pyclonéphrite gravidique Forceps
	XXVI	Grippe	1		A terme	
	XXIV	0	3	Normales	A terme	Forceps
<i>Accident : Dyspnée vive Cyanose</i>		Rhumatisme articulaire		4	Petits accidents au cours de la 3 ^e grossesse Prévenue du danger d'une 4 ^e	Avortement de 4 mois environ

Mentionnons encore, parmi les insuffisances mitrales :

L'observation xxii, femme ayant une luxation congénitale à la hanche, ayant accouché d'un enfant mort-né, sans avoir présenté de signes de décompression :

L'observation xxv, femme faisant des avortements répétés, et porteuse d'une syphilis en évolution.

Maladies mitrales. — 2 observations (xxxiii, xxxiv). Dans la première, rien.

Dans la seconde, troubles légers, essoufflements, palpitations, chez une primipare sans antécédents infectieux.

Insuffisance aortique. — Bassin rétréci (obs. xxxv). Accouchement spontané. allaitement possible.

Insuffisance et rétrécissement aortique. — 2 observations sans accident (xxxvi, xxxvii).

Insuffisance aortique et rétrécissement mitral. — Observation xxxviii. Troubles légers pendant la grossesse, accouchement à terme, chez une femme à antécédents rhumatismaux.

Insuffisance mitrale et rétrécissement aortique. — Observation xxxix. Accouchement normal après une grossesse troublée par de l'éréthisme cardiaque, des palpitations, de la dyspnée d'effort, chez une femme à antécédents infectieux.

Cardiopathies diverses, sans lésions valvulaires. — Toutes ces malades ont présenté des troubles plus

ou moins graves. Si une lésion orificielle n'a jamais pu être décelée, le myocarde toutefois semblait être touché d'une façon plus uniforme.

Nous observons des troubles légers dans :

Observation XLIII. — Secondipare à antécédents infectieux.

Observation XLV. — Primigeste sans antécédents, ayant fait des crises de tachycardie.

Troubles plus graves dans :

Observation XLI. — Syncopes durant la grossesse. Secondipare ayant eu la rougeole.

Observation XLIV. — Syncopes aussi chez une secondigeste sans antécédents pathologiques.

Observation XLII. — Femme présentant un base-down fruste, une syphilis. Primipare ayant eu le rhumatisme articulaire.

L'observation LX est celle d'une 10^e geste à antécédents scalatineux. Le myocarde fléchissant de plus en plus à chaque grossesse se laisse distendre et, malgré la médication énergique employée, une issue fatale fut la rançon de la cardiopathie.

En résumé, nous avons présenté 45 observations, qui, discutées une à une, nous ont montré la bénignité relative des cardiopathies au cours de la grossesse.

En additionnant les résultats précédents, nous trouvons :

- 18 fois des troubles légers ;
- 3 fois des troubles graves ;
- 1 fois une issue fatale.

Et, en schématisant encore, nous pouvons dire :
Troubles légers se sont rencontrés dans 40 % des cas.

— graves —	6,57 %	—
— mortels —	2,22 %	—

Nous pouvons nous demander quelles ont été les cardiopathies les plus graves. Sont-ce les acquises ou les congénitales ? Dans les 18 cas de troubles légers, fugaces, nous retrouvons 13 fois des antécédents infectieux et 5 fois seulement des lésions congénitales, ce qui donne 72 % pour les premiers, 28.2 % pour les seconds. Dans les 5 derniers cas, nous avons eu affaire deux fois à des primipares, une fois à une secondipare et une fois à une septipare.

Dans les 3 cas à troubles sérieux, graves, nous avons une seule lésion congénitale chez une tertipare, et chez nous deux autres malades nous relevons des accidents infectieux.

Enfin, dans l'observation IX, où la thérapeutique est impuissante, nous relevons la scarlatine.

En définitive, les deux premiers termes de l'aphorisme de Peter sont réfutés en partie. Envisageons maintenant le troisième, et voyons quelle est la con-

tenance de nos cardiaques qui ont allaité. 14 fois, la mère n'a pu sans risque allaiter son enfant. 20 fois, au contraire, l'allaitement a pu être établi de la façon la plus normale et la plus profitable pour la mère et l'enfant. Une seule fois (obs. XXI), l'allaitement a dû être supprimé pour légers signes de décompensation présentés par la mère.

En présence de ces résultats, on voit combien il est profitable, aux mères et aux enfants, de surveiller attentivement une cardiopathie et de ne pas systématiquement les retrancher d'une vie normale.

CONSIDÉRATIONS THÉRAPEUTIQUES

Nous n'insisterons sur le traitement des accidents gravido cardiaques. Le repos, une alimentation légère, l'administration de cardiotoniques, parfois la saignée, viennent le plus souvent à bout des phénomènes de décompensation. Toute fatigue inutile pour le myocarde sera évitée à la parturiente : une prise de forceps à dilatation complète, en évitant tout effort d'expulsion, permettra de limiter les risques de l'accouchement. Pas un de nos 45 cas n'a nécessité une intervention parfois impossible à éviter, mais souvent fatale au produit de la conception : je veux parler de l'*accouchement prématuré* ou de l'*avortement provoqué* nécessités par la déficience myocardique de la mère. Nous sommes peut-être tombés sur une série heureuse, mais il est un facteur de sécurité qu'il nous a été permis de trouver bien souvent : la surveillance médicale de la gestation, qui, en obligeant la femme à des précautions, à des soins indispensables, permet l'arrivée de la grossesse à terme et à bonne fin. C'est ainsi qu'au cours de ce travail nous avons trouvé 5 gestations

suivies à Lariboisière (obs. II, XVI, XXXV, XXXIX et XLI), 2 autres (XVIII, XXXVI), dans un service de cardiologie. De nombreuses femmes avaient en plus consulté des médecins en ville.

Les observations que nous venons d'énumérer nous montrent que la perception d'un souffle valvulaire est insuffisante pour entraîner l'interdiction d'un mariage, d'une gestation, et que l'allaitement est le plus souvent bien supporté. Comment alors éliminer les cas douteux, alors que l'on demande au médecin un avis favorable à un mariage ou à une nouvelle grossesse ? Mentionnons l'opinion de MM. Devraigne et Demelin : « *On devra être moins sévère, pensons-nous, quand on sera sûr que la lésion silencieuse toujours est congénitale, surtout chez une jeune fille d'une condition sociale ne lui imposant pas de métier fatigant.* » — Diverses investigations ont été préconisées pour se rendre bien compte de la vitalité myocardique : épreuve de la valeur fonctionnelle du myocarde par la tachycardie d'effort ; modifications de la tension artérielle. Un orthodiagramme nous donnera le degré de dilatation cardiaque. La valeur fonctionnelle d'autres organes, tels le foie, les poumons, les reins, entre pour une large part dans le pronostic. Malgré toutes ces recherches, il est impossible de tracer une ligne de conduite invariable, et le praticien devra se garder d'un jugement trop absolu, les événements ayant parfois démenti les prévisions les plus favorables.

CONCLUSIONS

1° Nos 45 observations confirment les travaux des auteurs modernes qui avaient démontré l'exagération de l'aphorisme de Peter.

Les résultats fournis par notre statistique sont :

40 % de troubles légers ;

6.57 % de troubles graves ;

2.25 % de troubles mortels.

Enfin, dans 52.30 % des cas, tout a été normal.

2° Dans les cas où des troubles se sont produits pendant la gestation, nous trouvons 72 % de lésions acquises et 28 % de lésions congénitales.

3° De toute façon, ces malades doivent être soumises à une surveillance médicale continue. Les consultations pré-natales sont d'un grand secours par la mise en œuvre des thérapeutiques prophylactiques et pour les mesures d'hygiène imposées au cours de la gestation.

Vu : *Le Président de thèse,*

COUVELAIRE.

Vu : *Le Doyen,*

ROGER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

P. LAPIE.

BIBLIOGRAPHIE

Bar. — Accidents gravido-cardiaques, 1908.

Journal des Sage-Femmes, 1^{er} mai 1909, p. 257.

Corpechot. — Grossesse et cardiopathie, Thèse Paris 1911.

Coudere. — Grossesse et cardiopathie congénitale, Thèse Paris 1912.

Courgenou. — Accouchement chez les primipares âgées, Thèse Paris 1900.

Couvelaire. — Bulletin de la Société d'Obstétrique de Bruxelles, 1925.

Demelin-Devraigne. — Manuel de l'Accoucheur, 1924.

Desjardins (Jean). — Œdème aigu du poumon chez les femmes enceintes, Thèse Paris 1908.

Dubrisay-Jeannin. — Précis d'accouchement, 1923.

Izard. — Mariage dans sténose mitrale, Thèse Paris 1905.

Lequeux. — Accidents gravido-cardiaques. Journal de Médecine, 10 décembre 1909.

Ollivier. — Société de Biologie, 1868.

Porak. — Thèse d'agrégation.

Pouliot. — Accidents compliquant les maladies du cœur, Thèse Paris 1905.

Ribemont, Desaigne et Lepage. — Traité d'obstétrique, 1923.

Saugueil. — Tension artérielle et femme enceinte normale, Thèse Paris 1919.

Tarnier et Budin. — Traité de l'art des accouchements, 1886.

Trousseau. — Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu de Paris, 5^e édition, tome II.

Vinay. — De l'œdème aigu du poumon dans les cardiopathies de la grossesse. Lyon Médical, 1896, L. xxxiii.

— Maladies de la grossesse et des suites de couches.
